Clinica chirurgica propedeutica diretta dal prof. Antonino D'Antona

(TERZA SERIE 1886-87)

SECONDA E TERZA ISTERECTOMIA

NELL'UNA RAPIDA GUARIGIONE

NELL'ALTRA ACCIDENTE RARISSIMO

PEL

Dott. GIOVANNI PASCALE

AIUTO

Estratto dai **Morgagni**, Anno XXIX, Luglio 1887

NAPOLI - MILANO

Dott. LEONARDO VALLARDI, Editore

1887.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22338056

Delle varie laparotomie operate nella Clinica chirurgica propedeutica in quest'anno, riportiamo per ora queste due *isterectomie*, importantissime per le considerazioni cui danno luogo.

Caso I.

Anna Cino, da Napoli, sigaraia, fu ammessa in Clinica il 15 gennaio 1887. Di anni 35, si è mestruata regolarmente a 15 anni, si è maritata a 19, e, dopo sei anni di matrimonio, ebbe un aborto al sesto mese, in seguito del quale le rimase un dolore alla regione dell'inguine sinistro che precedeva di quattro, cinque giorni le mestruazioni. Questo dolore persistette per tre anni, in capo ai quali essa avvertì per la prima volta nell'istesso punto una tumefazione della grandezza di un pugno. Si fece osservare e le furono prescritte cure diverse, da cui però non ricavò giovamento di sorta; anzi essa s'accorse che il tumore aumentava, tanto da riempiere le fosse iliache ed ipogastrio e risalire fino oltre la cicatrice ombelicale.

Le mestruazioni si sono frattanto conservate sempre regolari, ma sempre un po' scarse, come per lo innanzi.

Esame obiettivo (1). — Giovane di sana e regolare costituzione; nutrizione leggermente scaduta; carnagione bruna.

Richiama l'attenzione l'addome, che si presenta tumido, in tutta la metà inferiore, disteso e prominente in modo da simulare una gravidanza all'ottavo mese: non è cascante sui lati, ma diretto d'avanti in dietro ed obliquamente dall'alto in basso, con la maggior circonferenza

(1) Redatto dall'egregio giovane di sesto corso, Antonio Cosma.

a circa tre dita trasverse al disotto della cicatrice ombelicale, con cute normale, senza marezzamento venoso. Facendo contrarre i muscoli dell'addome, questi si veggono far prominenza sulla tumefazione.

Colla palpazione si può delimitare bene un tumore ovale a superficie liscia ed uguale in tutti i punti, della consistenza d'un muscolo in contrazione; e solo in qualche punto è possibile avvertire come un senso indistinto di fluttuazione.

La cute è scorrevole sul tumore, il quale però non soffre alcuno spostamento cogli atti respiratorii. I limiti che si percepiscono colla palpazione sono: in alto a sei dita trasverse circa dalla cicatrice ombelicale, con margine superiore rotondeggiante, paragonabile a quello di un utero pregnante: di lato lo si segue e si delimita bene sino nella regione dei fianchi, sino all'ascellare anteriore prolungata. Da questo punto in giù si segue sino nelle fosse iliache, poi non è possibile più limitarlo, perchè s'infossa nella piccola pelvi.

La percussione, lungo la linea alba, a tre dita trasverse dall'appendice xifoide, diventa ottusa e si continua come tale sino alla sinfisi del pube. Trasversalmente la percussione è ottusa tra le due linee ascellari anteriori prolungate, mentre alla periferia del tumore è perfettamente timpanitica, e si arresta in corrispondenza delle spine iliache antero superiori. Facendo decombere l'inferma su di un lato, la linea di percussione si sposta solo di poco, ed inoltre è possibile così seguire il tumore un po' più nel piccolo bacino.

Esplorazione vaginale. — Il collo è alquanto allungato, duro; il muso di tinca guarda un po' la parete posteriore della vagina. Deprimendo il tumore dalle pareti addominali, si raggiunge dal fornice anteriore una massa dura, alquanto elastica; ed una egual massa dal fornice posteriore, la quale si continua colla cervice a diritta più che a sinistra.

Considerazioni. — La prima condizione, quando si vede un tumore, è definirne la posizione: ora dai sintomi obiettivi innanzi ricordati si vede che il tumore in quest'inferma ha spostato eccentricamente i visceri e che è, anteriormente, in contatto col pube e pareti addominali; all'indietro poggia direttamente sulla colonna vertebrale senza fare compressione sui visceri, difatti non vi sono coliche nè disturbi di defecazione. È come nella gravidanza: tra utero, cioè, e colonna vertebrale, non vi sono anse intestinali; deve trattarsi perciò d'un tumore che viene dalla piccola pelvi. S'intende bene che vi può essere un tumore uterino o della piccola pelvi, che può non avere questi caratteri, ma quando essi esistono non vi può essere alcun dubbio sulla sede del tumore.

Quanto ai rapporti di questo tumore, abbiamo già detto che l'utero è gettato in giù ed antiverso, mentre la vescica è stata tratta in sopra, perchè il catetere per poter raggiungere il fondo dev'essere spinto in dietro ed in alto.

La sua natura dev'essere benigna:

a) per la sua durata di otto anni;

b) per la sua forma liscia, levigata, senza aderenze;

c) per la niuna infiltrazione non ostante la lunga durata;

d) per il relativo benessere dell'inferma.

La sensazione rilevata all'esame non è precisa, nè per un contenuto liquido, nè per un contenuto chiaramente solido.

Il contenuto liquido può essere o per degenerazione cistica o per ragione segretiva (adenoma cistico). Se, nel nostro caso, il contenuto liquido fosse per ragione secretiva, nel lungo spazio di otto anni non si sarebbe mantenuto in queste moderate proporzioni. Deve trattarsi perciò piuttosto d'un tumore solido con cavità nell'interno o per tessuto cavernoso o per degenerazione, ipotesi avvalorata dal fatto che nel periodo mestruale la donna avverte dei dolori che non scompaiono se non collo svuotamento del sangue; il fatto poi che durante la mestruazione si ha un rigonfiamento del tumore con cambiamento di consistenza, avvalora il sospetto che il tumore in parte risulti di tessuto cavernoso.

In quanto all'organo da cui proviene, potrebbe essere dell'ovaio, massime stando a quello che dice l'inferma, che il tumore è sorto al lato sinistro dell'ipogastrio. Ma tumori solidi dell'ovaio sono rari, ed un tumore benigno dell'ovaio che raggiunga questo volume è ancora più raro. Possono ben esistere nei tumori dell'ovaio sarcomi di grande mole, ma allora il tumore ha nota di malignità, che manca in questo caso. Inoltre l'utero non è mai così intimamente connesso ed immedesimato col tumore, ma è sempre spostato di lato. Perciò qui deve trattarsi di tumore del corpo e parete postero-superiore dell'utero. Volendo precisare ancora di più, possiamo dire anche che esso non è sottomucoso, perchè:

1.° non è possibile riconoscere e determinare l'utero;

2.° non vi sono emorragie. È sottoperitoneale? No, perchè questi: *a*) si peduncolano facilmente; *b*) hanno un accrescimento più rapido ed acquistano un volume maggiore;

3.° ordinariamente sono multipli, e poi non inturgidiscono così facilmente nel periodo mestruale.

Un'ultima quistione sarebbe: tumori del corpo dell'utero che raggiungono questo volume, sono innocenti? Essi provocano frequentemente l'aborto per le alterazioni avvenute nelle pareti uterine. Infatti noi dobbiamo riflettere che in questi casi non è difficile la gravidanza, è difficile invece che essa sia portata a termine. Perchè quella porzione dell'utero, affetta dal tumore non si dilata, non cede, non segue quell'accrescimento che sussiegue nelle pareti uterine, nel momento della gravidanza e quindi determina l'aborto. La sterilità, invece, che anche è frequente, tiene alla compressione e contorsione del collo uterino.

Nell'istesso modo si spiega la dismenorrea, dalla quale ne deriva poi catarro uterino, che a sua volta diviene cagione di sterilità.

Premesso ciò, se noi consideriamo in questo caso il relativo benessere dell'inferma, il lungo decorso del tumore, la niuna presenza di metrorragia e di leucorrea, il niun fatto, insomma, che possa minacciare la vita di questa donna; e, dall'altro canto, se si considera la gravezza d'una laparotomia, noi non siamo affatto inclinati a consigliare l'operazione, la quale naturalmente non potrebbe essere che l'isterectomia, perocchè la castrazione che si fa, ed è vantata anche da molti, può essere discutibile solamente per rimediare alle gravi emorragie, e quando l'estirpazione dell'utero non fosse possibile per difficoltà operative. Ma la castrazione è una operazione che oggi in simiglianti casi ha fatto il suo tempo, e spesso ancora non corregge l'emorragia.

L'importanza di questo caso però risulta anche di più in confronto del seguente, poichè la differenza diagnostica ed operativa tra l'uno e l'altro è notevole, come or ora vedremo.

Operazione. — Malgrado tutti i pericoli dell'operazione, che si sono appositamente fatti risaltare all'occhio dell'inferma, ed il poco favore con cui il direttore l'accoglieva, pure la Cino, per varie ragioni, incoraggiata forse anche dal vedere le sue compagne di sala ritornare alla propria casa, dopo venti, venticinque giorni, perfettamente guarite, ha insistito anch'essa per essere operata; tanto che la mattina del 28 febbraio si fu costretti annuire alle sue voglie.

Trasportata dall'Ospedale clinico alla nostra *Casa di salute,* e fatti i soliti preparativi sempre colla massima e scrupolosa esattezza, si procedette all'operazione:

a) incisione delle pareti addominali sino al peritoneo, che si fu costretti prolungare oltre la cicatrice ombelicale per l'enorme volume del tumore;

b) depressione delle labbra della grande ferita delle pareti addominali, per impedire la procidenza delle anse intestinali e favorire la fuoriuscita del tumore, il quale si presentava così come nella discussione si era diagnosticato; enormemente congesto con vene varicose ed abbastanza picciuolato, proprio del corpo dell'utero;

c) afferrato bene il tumore alla sua base, il più basso possibile, fu passato il laccio elastico nella maniera speciale già descritta, e legato con un robusto filo di seta: due grossi aghi furono passati in croce a traverso il laccio; essi impediscono la caduta del moncone nella piccola pelvi, mentre ne favoriscono l'adesione alle pareti addominali. È bene notare che prima di stringere il laccio, il direttore si assicurò dell'alto fondo della vescica, che restò due centimetri al disotto del punto stretto;

d) recisione col coltello della porzione del tumore al disopra del laccio, facendo inclinare la donna lateralmente pel sangue immenso che ne sgorgava;

e) emostasia; ripetuto prosciugamento della cavità peritoneale;

f) regolarizzazione del picciuolo e causticazione della porzione ancora residuale al disopra del laccio col termocauterio e col percloruro di ferro;

g) sutura delle pareti addominali: è bene passare prima i fili senza però allacciarli, e poi procedere alla sutura del peritoneo attorno al moncone (con ciò si evita che liquidi dal picciuolo possano capitare nella piccola pelvi) perchè questa specie di graticola, formata dai fili, è come una barriera che contribuisce a mettere al sicuro le anse intestinali.

L'inferma stette bene nei primi quattro giorni dell'operazione, perfettamente apirettica — e ciò dimostra anche la non esistenza di febbre postoperativa — però il venerdì comparve un po' di sangue nelle urine, che ci impensierì alquanto, tanto più che l'inferma cominciava ad essere irrequieta ed un po' ambasciosa.

Frattanto, mentre il direttore era lontano, l'inferma si aggrava sempre più, il respiro molto affannoso, il polso piccolissimo e celere, grande smania ed irrequietezza, raffreddamento progressivo, tanto che in capo a ventiquattro ore, non ostante tutti i mezzi apprestatile, muore.

L'esame fatto dall'egregio collega ed amico prof. Lordi Gregorio rilevò a dritta dell'alto fondo della vescica una piccola breccia, da cui era fuoriuscita urina che aveva infettato il connettivo pericistico.

Caso II.

Anamnesi. — Scarpa Carmela, da Napoli, donna di casa, fu ricevuta in Clinica il 15 gennaio 1887. — Ha 34 anni, mestruata regolarmente, si è maritata a 18 anni, e nei primi sei anni di matrimonio ha avuto cinque figli. L'ultimo sgravo fu molto travagliato; ed otto giorni dopo lo sgravo fu colta da forte dolore all'addome, e si vide comparire uno scolo vaginale. Il dolore scomparve dopo tre mesi, non così però lo scolo vaginale.

Non rimase più incinta, però, tre anni dopo, palpandosi la regione soprapubica, si accorse d'una tumefazione, profondamente situata, della grandezza d'un arancio, indolente alla pressione, la quale andò sempre gradatamente aumentando sino al volume attuale. L'inferma assicura che, sino al quarto anno della presenza di questo tumore, le mestruazioni si sono mantenute sempre regolari, poscia però cominciarono a divenire più abbondanti.

Tale aumento, in questi ultimi tre anni, ha raggiunto proporzioni allarmanti: mestrua una sola volta nel mese; però il sangue dura otto o dieci giorni, in modo da produrre spessi deliquii all'inferma durante questo periodo. Dal settembre ultimo soffre anche di forti dolori che precedono le metrorragie.

L'inferma è stittica di corpo, e la defecazione si avvera ogni quattro o cinque giorni. Vi era anche vomito che seguiva l'ingestione di cibi, però dal settembre od ottobre esso non è più ricomparso. L'urinazione è frequente.

Non avverte dolore in nessun punto dell'addome, tranne un senso di pressione nella stazione eretta: non vi è nè tosse, nè affanno, nè altro fenomeno riflesso.

Esame obiettivo. — All'ispezione si rileva un'enorme tumefazione dell'addome che cominciando circa otto dita trasverse al disopra della cicatrice ombelicale si estende sin presso alla sinfisi pubica. Tumefazione della grandezza di un enorme mellone, mobile, alquanto spostabile cogli atti respiratorii. La cicatrice ombelicale è alquanto appianata e molto ravvicinata al pube: non vi è sviluppo di rete venosa.

Alla palpazione si constata che detta tumefazione è perfettamente limitata tanto in alto quanto ai lati ed offre una resistenza maggiore al disotto della cicatrice ombelicale sino a due dita trasverse dalla sinfisi pubica: di lato sembra ancora più molle. Non si nota disuguaglianza in tutta la superficie ed ha una forma globosa senza aderenze colla cute e tessuti sottostanti.

Alla percussione si ha ottusità che, in alto, comincia proprio a quattro dita trasverse al disopra della cicatrice ombelicale, ed in basso finisce — lungo la linea xifo-pubica — alla sinfisi dei pubi. Ai lati l'ottusità s'arresta al di dentro della linea mammillare prolungata: questi limiti si mutano poco facendo cambiare di posizione all'inferma: assenza di liquido libero nella cavità peritoneale.

L'esplorazione vaginale rileva: vagina soffice ed allungata; cervice di poco ingrandita, il cui muso di tinca guarda la parete posteriore della vagina direttamente. La cervice, alquanto dura, è situata in alto e guarda un po' a sinistra.

Considerazioni. — Che differenza tra il primo ed il caso presente. Non si potrebbe fare una diagnosi esatta, precisa stando ai soliti sintomi, noi però vi arriveremo per altra via.

Anche qui si tratta di un tumore addominale molto grande e certamente della piccola pelvi. L'addome però non presenta l'aspetto che noi siamo soliti riscontrare in simili casi, perchè, essendo le pareti addominali molto rilasciate, il tumore è perfettamente spostabile in alto; qui perciò non vi dev'essere nessuno impegno dei legamenti larghi come nel caso precedente; tanto che se spostiamo il tumore in alto le anse intestinali cadono nelle due fosse iliache, e noi avvertiamo al disopra del pube una percussione timpanica. Sintomi perfettamente contrarii a quelli che noi abbiamo riscontrati nel caso precedente. Eppure trattasi d'un istesso tumore e noi facciamo la diagnosi per l'abbondante emorragia che da tre anni ha raggiunto proporzioni allarmanti. In genere l'emorragia uterina può dipendere da malattia o da ingran-

dimento della cavità uterina. Il cancro e l'ulcerazione uterina o polipi mucosi danno *metrorragie*, cioè perdita di sangue fuori il periodo mestruale; l'ingrandimento invece della cavità uterina dà per lo più perdita di sangue nel periodo mestruale. Quindi le prime sono forme metrorragiche, le seconde menorragiche. Perciò anche qui possiamo dire trattarsi d'un tumore solido benigno dell'utero con ingrandimento della cavità.

Ma sorge spontanea una quistione: perchè questa grande locomozione del tumore?

Dalle osservazioni cliniche il prof. D'Antona ha potuto dedurre che quando il tumore sorge nel corpo e si mantiene tale senza diffondersi ai ligamenti larghi allora può conservare una grande mobilità. Il reperto, riscontrato alle operazioni, conferma anche in questo caso, come negli altri antecedenti, pienamente l'idea.

Questo tumore quantunque innocente per la sua natura, pure non può dirsi tale per l'inferma, come nel caso precedente, perchè esso, per le frequenti e ripetute emorragie, ha indotto tale uno stato d'anemia, che la donna non può attendere alle sue occupazioni ed è costretta a letto dallo stato grave di anemia tanto che può perfettamente dedursi come non è possibile tirare innanzi nella vita; il contrario dell'altro caso. Inoltre l'inferma non è una signora che potrebbe avere moltissime cure e riguardarsi senza lavorare, quindi non ostante le condizioni generali peggiori che nel caso precedente, non ostante le condizioni delle pareti addominali più sfavorevoli, perchè la donna è molto pingue, e il tumore molto grande, qui l'operazione è indispensabile e deve assolutamente consigliarsi come unica áncora di salvezza; dall'altro canto la donna la richiede con urgenza.

La mattina, perciò, del 10 febbraio dall'Ospedale clinico fu trasportata alla nostra Casa di salute, e quivi fu operata colle solite precauzioni:

a) incisioni a strati della cute e connettivo sottocutaneo sino al connettivo sottoperitoneale, dalla cicatrice ombelicale alla sinfisi pubica;

b) apertura del peritoneo e tentativi di portar fuori il tumore, che, come erasi previsto, era libero di aderenze. Però per l'enorme volume non fu possibile, e quindi necessità di prolungare l'incisione per parecchi centimetri in sopra della cicatrice ombelicale;

c) emostasia dei piccoli vasi delle pareti: spugna nel fondo della piccola pelvi per raccogliere il po' di liquido che vi fosse potuto capitare; pannolini caldi per mantenere i visceri a posto;

d) estrazione del tumore al di fuori: strettura del picciuolo tra le branche della grande pinzetta di Billroth; rottura ed asportazione della parete d'una cisti che si trovava lateralmente al tumore; taglio col coltello della porzione del tumore al disopra della pinzetta;

e) legatura di vasi e toeletta peritoneale;

f) rimozione della pinzetta di Billroth e fissazione del moncone alla parete addominale mediante due grossi aghi posti a croce; cuci-

tura del peritoneo parietale al moncone per impedire che il liquido potesse capitare nella cavità;

g) necrotizzazione della porzione esuberante del picciuolo col PAQUELIN;

h) sutura profonda delle pareti addominali con diciotto punti, e siccome i margini della ferita non aderivano bene, furono passati altrettanti punti superficiali; medicatura all'iodoformio.

L'inferma dopo l'operazione stette perfettamente bene, senza ombra di febbre, ed al rimuovere la fasciatura i punti si trovarono senza traccie di pus, e le pareti addominali aderite per prima intenzione.

Il picciuolo, aderito perfettamente colle pareti addominali, e rimasto colla sua porzione cava con un po' di secrezione per un certo tempo poi le granulazioni hanno lentamente colmato la cavità e la Scarpa in capo a due mesi ha lasciato la Clinica perfettamente guarita.